

Questionnaire L

Chirurgie valvulaire



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de police : _____

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic :

Valvulopathie(s) initiale(s) (Indiquer la nature et les localisations) : _____

Date de découverte : ____ / ____ / ____

Date de la dernière consultation : ____ / ____ / ____

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Prothèse mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : _____ _____	____ / ____ / ____
Bioprothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Valve de porc <input type="checkbox"/> Péricarde de veau <input type="checkbox"/> Autologue	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Commissurotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Résultat opératoire satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non, pourquoi ? : _____ _____	
Réintervention envisagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Quand ? : ____ / ____ / ____
Traitement médical en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Autre : _____	Depuis : ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____
Complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Calcification valvulaire étendue <input type="checkbox"/> Accident hémorragique <input type="checkbox"/> Troubles du rythme : lesquels ? _____ _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Hypertrophie ou dilatation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Sévère	____ / ____ / ____

Examens réalisés au cours des 5 dernières années :

E.C.G.* : repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*
E.C.G.* : effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*
Examen radiologique du thorax*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*
Echographie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*
Test VIH*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Dates

Examens réalisés au cours des 5 dernières années (suite) :

Autres examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Résultat : <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Résultat : <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Résultat : <input type="text"/>			

Limitation de l'activité physique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Provoqué par :	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Palpitation
				<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Syncope
Lors de l'activité habituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lors de l'activité habituelle, même réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Personne asymptomatique au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Veuillez préciser en plus, en cas de :

Rétrécissement aortique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dilatation valvulaire par ballonnet percutanée	Date de l'intervention : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgie valvulaire pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence de :			
			<input type="checkbox"/> Dilatation résiduelle de l'artère pulmonaire			
			<input type="checkbox"/> Hypertrophie ventriculaire droite résiduelle			

Examen clinique

Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique Où ? : <input type="text"/>	Intensité : <input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Diastolique Où ? : <input type="text"/>	Intensité : <input type="text"/>
S'agit-il d'un souffle résiduel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anomalies des bruits du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : <input type="text"/>	intensité : <input type="text"/>

Taille :	<input type="text"/>	cm	Poids :	<input type="text"/>	kg	Pouls :	<input type="text"/>				
Tension artérielle :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Date :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Traitée :	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des échocardiographies commentées, des tracés électrocardiographiques, des examens radiologiques du thorax ainsi que du protocole du dernier test VIH, réalisé au moins 6 mois après l'intervention est indispensable.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant